

Conhecimentos sobre fertilidade, motivações para a
parentalidade e atitudes face à doação de gâmetas e gestação
de substituição em jovens-adultos

Naír Carolino Albano

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo, Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, Outubro de 2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Galhardo, pela sua excelente orientação, profissionalismo, disponibilidade, compreensão e partilha de conhecimentos.

À Professora Doutora Mariana Moura-Ramos e Professora Doutora Marinha Cunha, pelos saberes e conselhos partilhados.

Aos participantes que colaboraram na investigação e que possibilitaram a execução deste projeto.

À Bárbara e Arianas, por todo o apoio, carinho, paciência, compreensão e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

A todos os meus colegas por partilharem as suas experiências, conhecimentos e saberes.

Ao Rúben pelo companheirismo, força, apoio nos momentos de desânimo e festejo nas conquistas.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto seria possível, aos meus pais e familiares por me darem a liberdade de seguir o meu caminho, incentivando, apoiando e contribuindo para o meu futuro.

Resumo

Introdução: Cada vez mais, os jovens-adultos tendem a adiar o seu projeto de se tornarem pais. As motivações para a parentalidade têm variado significativamente ao longo do tempo sendo que progressivamente esta é vista como um desejo pessoal e não como um dever para com a sociedade. Contudo, com o avançar da idade a capacidade de atingir uma gravidez espontânea é menor e o projeto da parentalidade pode ser posto em causa. A probabilidade de atingir uma gravidez espontânea, assim como as taxas de sucesso das técnicas de reprodução medicamente assistida, são habitualmente sobrestimadas pelos jovens-adultos. Vários estudos indicam que a população revela poucos conhecimentos sobre os fatores que afetam a fertilidade e a transmissão de informações é uma necessidade para a sua consciencialização. Relativamente às técnicas de reprodução medicamente assistidas, a sua aceitação social e legal difere entre países. Em Portugal, a doação de gâmetas é permitida e regulada porém a gestação de substituição não é legal.

Objetivos: O presente estudo pretendeu avaliar jovens-adultos sem filhos e em idade reprodutiva relativamente às suas motivações para a parentalidade e o seu posicionamento perante a doação/receção de gâmetas e a gestação de substituição. Considerou-se também pertinente avaliar os conhecimentos sobre fatores que afetam a fertilidade assim como o impacto da transmissão de informação em relação a esta temática.

Metodologia: 551 sujeitos com idades entre os 18 e os 40 anos responderam a um questionário *online* desenvolvido especificamente para a investigação. O estudo seguiu um desenho longitudinal sendo composto por dois momentos de avaliação. Os participantes foram aleatoriamente distribuídos por três grupos sendo que dois dos grupos receberam informações sobre fatores que afetam a fertilidade (num formato de vídeo e num formato de *site*) e o outro grupo não recebeu qualquer tipo de informação.

Resultados: Os dados obtidos revelam que a realização pessoal é a principal motivação positiva para a parentalidade. Os participantes pertencentes aos grupos que tiveram acesso a informações sobre fertilidade (quer por vídeo, quer pelo *site*) melhoraram o seu nível de conhecimentos. Os resultados revelam ainda que 61,2% dos participantes considera doar gâmetas e 60% concorda que se necessitasse de recorrer a gâmetas de dador se sentiria feliz. Um total de 42,1% da amostra considerou recorrer à gestação de substituição.

Discussão: A valorização da dimensão emocional/psicológica nas motivações para a parentalidade parece estar relacionada com aspetos socioculturais no contexto português. Verificou-se que os conhecimentos sobre fertilidade aumentaram com o acesso a informações

sobre os fatores que afetam a mesma, o que é indicador da importância do fornecimento de informação, ainda que esta possa ser facultada com recurso a diferentes tipos de suporte. Em relação à receção de gâmetas, a maioria dos participantes considerou sentir-se feliz por realizar o desejo de parentalidade e de cuidar de uma criança desde o seu nascimento. Os sujeitos revelam uma atitude positiva e de abertura para com a doação/receção de gâmetas e a gestação de substituição.

Palavras-chave: motivações para a parentalidade; conhecimento; fertilidade; doação de gâmetas; gestação de substituição.

Abstract

Introduction: Postponing childbirth is becoming more and more prevailing particularly among young adults with higher education. Motivations for parenting have varied significantly over time and that is increasingly seen as a personal desire and not as a duty towards society. However, the ability to achieve a spontaneous pregnancy decreases with age and parenting plans can be threatened by fertility problems. The probability of achieving a spontaneous pregnancy as well as third-party reproduction treatments' rates tend to be overestimated by young adults. Several studies indicate that general population shows a lack of knowledge about the factors that affect fertility. Thus education programs must target young people to increase their awareness regarding fertility related behaviors. Social and legal acceptance of medically assisted reproduction techniques differ between countries. In Portugal, gamete donation is allowed and regulated but surrogacy is not.

Objectives: This study aimed to address young adults in reproductive age without children about their motivations for parenting and their positioning towards giving/receiving gametes and surrogacy. Additionally the knowledge of factors that affect fertility and the impact of information transmission regarding fertility awareness were explored.

Method: 551 subjects aged 18 to 40 years answered an online questionnaire developed specifically for this research project. The study has a longitudinal design and it is composed of two evaluation moments. Participants were randomly assigned into three groups, two of the groups received information about the factors that affect fertility and the other group did not receive any information.

Results: The data show that personal fulfillment is the main positive motivation for parenting. Participants in the groups that had access to fertility information (either by video or by site) improved their level of knowledge. Results also revealed that 61,2% of participants consider the possibility of donating their own gametes and 60% agree that they would be happy to have donor gametes if they needed so.. A total of 42.1 % of the sample considered choosing surrogacy as an option in case they would not be able to carry a child.

Discussion: The emotional/psychological dimension of motivations for parenting seems to be related to socio-cultural aspects in the Portuguese context. The fertility knowledge increased with access to information about the factors that affect it which is indicative of the importance of information delivery, although this can be provided using different types of support. Regarding the reception of gametes, most participants considered they would feel happy to use donor gametes in order to achieve the desire of parenting and caring for a child

from birth. Participants showed a positive attitude and openness to giving/receiving gametes and surrogacy.

Key-words: parenthood motives; fertility knowledge; gamete donation; surrogacy.

Índice

Introdução	10
Materiais e Métodos	15
Resultados	23
Discussão	32
Bibliografia	37
Anexos	42

Anexos

Anexo 1. Protocolo administrado no primeiro momento de avaliação

Anexo 2. Protocolo administrado no segundo momento de avaliação

Anexo 3. Autorização de utilização da Escala de Motivações

Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas

Tabela 2. Caracterização do Relacionamento

Tabela 3. Caracterização dos Projetos Parentais

Tabela 4. Obstáculos que poderão impedir ter filhos na idade pretendida

Tabela 5. Médias, desvios-padrão e comparações entre os grupos relativamente às Motivações para a Parentalidade

Tabela 6. Médias, desvios-padrão, comparação das médias dos três grupos na baseline (M1)

Tabela 7. Médias e desvios padrão antes e após a realização do questionário sobre os fatores que afetam a fertilidade, efeito principal do tempo, efeito principal do grupo e efeito de interação tempo X grupo

Quadros

Quadro 1. Momentos de avaliação e instrumentos utilizados

Figuras

Figura 1. Diagrama da distribuição dos sujeitos ao longo do estudo

Introdução

A parentalidade é um dos desejos mais universais da população adulta. Contudo, nem todos os casais com este desejo conseguem alcançar uma gravidez de forma espontânea e, cada vez mais, recorrem a técnicas médicas para atingir este objetivo (Boivin, Bunting, Collins, & Nigren, 2007).

O adiamento do projeto dos casais de serem pais é cada vez mais uma realidade sendo que as mulheres tendem a apostar na sua formação e, consequentemente adiam a maternidade (Nouri, Huber, Walch, Promberger, Buerkle, Ott & Tempfer, 2014; Lampic, Svanberg, Karlstrom & Tydén, 2006).

Devido a uma maior aposta na educação e formação e a outros fatores a que mais à frente iremos fazer referência, a parentalidade pode tornar-se num projeto de difícil concretização. É possível verificar que casais pertencentes a sociedades mais desenvolvidas tendem a adiar o planeamento da sua família até idades em que a probabilidade de ocorrência de problemas de fertilidade aumenta exponencialmente (Lampic, et al., 2006; Rovei, Genneralli, Lantieri, Casano, Revelli & Massobrio, 2010).

Tradicionalmente, a mulher é associada a um símbolo de fertilidade, sendo um dos seus objetivos principais a procriação. Esta imagem foi desenvolvida ao longo de várias gerações, resultando em estereótipos culturais, impostos e transmitidos, afetando a forma como a mulher olha para si comparando-se a uma mulher ideal, com o papel da maternidade imposto (Bhatti, 1999, cit in Oliveira, Granja & Sousa, 2013). A vontade de procriar e formar uma família resulta da combinação de características inatas, individuais e de conhecimentos adquiridos ao longo do tempo através da socialização, experiências e aprendizagens no mundo. A atmosfera cultural onde a mulher cresce vai, então, influenciar a forma como esta vê a maternidade (Correia, 1998).

Dada a importância que a sociedade tem vindo a dar à maternidade, mulheres com problemas de fertilidade são, tendencialmente, excluídas visto não se encaixarem nos padrões normativos do grupo. As rotinas, experiências e interesses destas mulheres são distintos dos das mulheres com filhos (Oliveira et al., 2013). Esta diferença e exclusão pode levar a que a mulher (com problemas de fertilidade) experiencie sentimentos de perda de identidade social, baixa auto-estima, baixa auto-confiança, poucas perspetivas de futuro, pouca capacidade de iniciativa, desmotivação e sentimento de que não pertence à sociedade (Costa, 1998).

O impacto social e psicológico nos homens com problemas de fertilidade tem sido alvo de menos estudos, comparativamente com o das mulheres. Porém, segundo Throsby & Gill

(2004), a masculinidade é posta em causa nestes indivíduos, podendo estes ser alvo de comentários irrefletidos e anedóticos.

Não é apenas a mulher ou o homem individualmente que sente as consequências dos problemas de fertilidade. O casal e a sua relação pode ser afetada negativamente visto existir uma maior propensão à culpabilização de si e/ou do outro, uma maior ausência de partilha de sentimentos entre os dois, medo do abandono e perda de objetivos comuns. Contudo, e apesar de toda a negatividade inerente aos problemas de fertilidade, alguns casais que não conseguem procriar naturalmente tendem a ter uma maior perceção de apoio, amizade e união dentro da relação, fortalecendo-a assim (Oliveira et al., 2013; Peterson, Pirritano, Block, & Schmidt, 2011; Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005; Tuzer, Tuncal, Dogan-Buhut, Yursel, Atan & Goka, 2010).

Segundo a American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2014), a infertilidade é o resultado de uma doença do trato reprodutivo, tanto masculino como feminino, que leva ao impedimento da conceção de uma criança ou da capacidade de levar uma gravidez a termo. A duração das relações sexuais desprotegidas, como anteriormente referido, deve ser de doze meses resultando a incapacidade de, nesse período de tempo, conceber. Só após o período de doze meses é que deve ser realizada a avaliação da presença ou não de problemas de fertilidade, a menos que a história médica, a idade ou elementos físicos levem à realização de uma avaliação e tratamentos precoces.

A Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) (2015) descreve infertilidade como a incapacidade de obter uma gravidez após um ano de relações sexuais desprotegidas.

A Associação Portuguesa de Fertilidade (2014) considera que a infertilidade é o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos produtores ou dos gametas. Um casal é considerado como tendo problemas de fertilidade quando não consegue alcançar uma gravidez ao fim de doze meses de vida sexual contínua, sem o recurso a métodos contraceptivos. Esta definição é válida para casais que pratiquem sexo pelo menos 3 vezes por semana, em que as mulheres têm menos de 35 anos de idade e em que ambos não sejam diagnosticados com alguma situação que possa provocar infertilidade. Também se considera infértil o casal que apresenta mais de três abortos espontâneos consecutivos.

Do ponto de vista clínico, podemos definir infertilidade como uma doença do sistema reprodutor que se traduz na incapacidade de alcançar uma gravidez clínica após doze meses de relações sexuais desprotegidas (Zegers-Hochschild, Adamson, Mouzon, Ishihara, Mansour, Nygren, Sullivan, & Vanderpoel, 2009).

Estima-se que, na população mundial, a infertilidade conjugal atinja cerca de 10% a 15% de casais em idade fértil. Esta percentagem tem vindo a aumentar devido a fatores como o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infeções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e de álcool e a poluição. Em Portugal, estima-se que um em cada sete casais sofra de problemas de fertilidade, ou seja, cerca de 14% da população (Ministério da Saúde, 2008). Cerca de 80% dos casos apresentam problemas de fertilidade nos dois membros do casal, havendo um que é mais grave que o outro. (SPMR, 2015; Silva-Carvalho & Santos, 2009).

Como anteriormente referido, tem-se verificado uma tendência para as mulheres adiarem a maternidade (Bretherick, Fairbrother, Avila, Harbord & Robinson, 2010). A disponibilidade de técnicas de procriação medicamente assistidas (PMA) e a segurança na contraceção têm possibilitado, principalmente às mulheres, uma maior perceção de controlo da fertilidade, contribuindo para a crença de que, com segurança, podem adiar o nascimento do primeiro filho, até se sentirem realmente preparadas para a maternidade (Daniluk, Koert & Cheung, 2012).

Segundo uma revisão sistemática conduzida pela Sociedade de Fertilidade da Austrália (2014), o adiamento da maternidade relaciona-se com fatores como: contraceção eficaz e controlo da reprodução, prosseguimento ao nível da educação e da carreira, aumento da participação da mulher no mundo do trabalho e a incompatibilidade para cuidar de um filho, mudanças ideológicas nos valores sobre a reprodução, estabilidade do relacionamento e procura de um parceiro que participe ativamente na parentalidade, e a incerteza da economia geral.

De acordo com um estudo conduzido por Lampic et al., (2006), apesar da maioria dos participantes considerarem que a parentalidade têm consequências positivas para a vida, as mulheres tendem a ser mais pessimistas que os homens. Estas consideram que a maternidade irá ter efeitos negativos no seu estatuto no mercado trabalho, assim como no tempo que poderiam despendar para o seu emprego.

Quando o casal começa a ponderar a conceção do seu primeiro filho, várias variáveis são tidas em consideração e adquirem um peso significativo na tomada desta decisão. Alguns exemplos destas variáveis são uma formação académica completa, um emprego seguro, um rendimento estável e uma boa habitação (Lampic et al., 2006). Para a concretização destas metas, é necessário dispêndio de tempo. Esse tempo, inevitavelmente, significa o avançar da idade do casal. Bretherick et al. (2010), Lampic et al. (2006) e Daniluk et al. (2012) referem que a idade é um dos fatores que mais influencia a fertilidade.

Diversos estudos confirmam que homens e mulheres desvalorizam o risco de virem a ter problemas de fertilidade e revelam poucos conhecimentos sobre esta e os fatores inerentes (Daniluk et al., 2012; Maheshwari, Porter, Shetty & Bhattacharay, 2008; Bretherick et al., 2010; Daniluk & Koert, 2013; Hampton, Mazza & Newton, 2012; Lampic, et al., 2006).

Sabe-se que a fertilidade tem o seu primeiro declínio a partir dos 25 anos nas mulheres e que se torna clinicamente relevante a partir dos 35 anos (The Fertility Society of Australia, 2014; Daniluk et al., 2012; Bretherick et al., 2010; Hammaberg, Setter, Norman, Holden, Michelmores & Johnson, 2013). Este declínio, em função da idade, é o resultado, nas mulheres, da redução da quantidade e qualidade dos ovócitos.

Algumas mulheres reconhecem o impacto da idade na fertilidade e acreditam que a melhor idade para começar a sua família é entre os 25 e os 34 anos. Contudo, e como anteriormente referido, parecem não perceber as razões deste declínio e consideram que uma boa forma física e saúde correlacionam-se com um prolongamento da fertilidade (Maheshwari et al., 2008).

Apesar dos efeitos da idade serem mais pronunciados na mulher, a fertilidade masculina também é afetada pela idade. Existe um declínio da qualidade e quantidade de espermatozoides no sêmen depois dos 35 anos e este declínio torna-se mais acentuado após os 50 anos (Dunson, Baird & Colombo, 2004).

Efetivamente, a idade associa-se a diversos problemas de fertilidade sendo que na tentativa de os solucionar muitos casais ponderam o recurso a técnicas de procriação medicamente assistidas (PMA). No entanto e como vários estudos corroboraram, jovens universitários revelam ter expectativas irrealistas quando à efetividade de sucesso das técnicas de PMA, nomeadamente da fertilização *in vitro* (FIV), e considerariam, em caso de problemas de fertilidade, recorrer a esta técnica (Lampic et al., 2006; Peterson, Pirritano, Tucker & Lampic, 2012). Na realidade, apenas 50% dos casos onde se verifica declínio da fertilidade em mulheres entre os 30 e os 35 anos e 33% dos casos em mulheres entre os 35 e os 40 anos, podem ser superados através da FIV, permitindo uma gravidez viável (Maheshwari et al., 2008). De salientar que esta taxa tem um declínio maior em mulheres com idade superior a 45 anos (10%) e os tratamentos, para além dos que envolvem a receção de ovócitos, tornam-se pouco eficazes.

Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei 32/2006, artigo 6º, os beneficiários destas técnicas são “pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos”.

A receção de gâmetas é uma solução viável para casais que, devido a problemas de fertilidade, não tenham disponíveis espermatozoides e/ou ovócitos. Em Portugal e conforme o Decreto-Lei nº 32/2006, artigo 10º, a doação/receção de gâmetas é autorizada, podendo recorrer a esta doação casais que não conseguem obter uma gravidez através de técnicas que utilizem os seus gâmetas, e desde que as condições permitam manter a qualidade dos gâmetas dos dadores.

Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2014), a doação de espermatozoides é rara em Portugal, pois esta apenas é feita se o homem com problemas de fertilidade não possui espermatozoides no sêmen (azoospermia) nem no testículo. No caso da receção de ovócitos, é necessário estar presente pelo menos uma das seguintes situações: insuficiência prematura do ovário, ovariectomia, anomalias congénitas dos ovários, ovócitos dismórficos, ovócitos com anomalias genéticas, contra-indicação para hiper-estimulação hormonal, quatro ou mais falhas de gravidez com injeção intracitoplasmática e/ou diagnóstico genético pré-implantação ou menopausa.

Segundo o Decreto-Lei nº 32/2006, artigo 5º, pessoas nascidas através de doação de gâmetas podem requerer informes junto dos serviços competentes, sendo-lhes cedida apenas informações da sua natureza genética, mas nunca revelada a identidade do dador do gâmeta.

Outro recurso utilizado em vários países como, por exemplo, em alguns estados dos Estados Unidos da América ou em Inglaterra, por casais que pretendam ser pais é a Maternidade de Substituição, também chamada por Gestação de Substituição.

Maternidade de Substituição é definida como uma prática pela qual uma mulher (chamada mãe de substituição) fica grávida e dá à luz um bebé, com o fim de o ceder a alguém que não pode levar a cabo uma gravidez. Geralmente, é estabelecido um contrato legal, de forma a não haver constrangimentos para nenhuma das partes (Carter, 2014). Pode ser considerada a existência de dois tipos de Maternidade de Substituição: a Maternidade de Substituição Comercial, que envolve um benefício financeiro para a mulher que cede o seu útero para conceber o bebé, ou Maternidade de Substituição Altruísta, onde não existe nenhum benefício financeiro, excluindo as despesas que envolvem a gravidez. Podemos ainda distinguir a Maternidade de Substituição tradicional – na qual o bebé é concebido de forma natural ou artificial, sendo que a criança possui as características genéticas da mãe de substituição – da Maternidade de Substituição Gestacional – na qual existe um embrião criado através de FIV, havendo o recurso a gâmetas do casal, sendo a composição genética do bebé idêntica à dos pais (Carter, 2014).

Segundo a SPMR (2015), Maternidade de Substituição corresponde à situação em que “uma mulher carrega e tem o parto de uma criança de outra pessoa ou casal”. De notar que, na atualidade, esta prática não é permitida pela legislação portuguesa, sendo nulos os negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos dado que para a Constituição Portuguesa, a filiação de mãe resulta do facto do nascimento, ou seja, é mãe quem tem o parto (artigo 1796º, Código Civil).

Em Portugal, estudos que abordem conhecimentos sobre fertilidade, motivações para a parentalidade, atitudes face à doação de gâmetas e face à maternidade/gestação de substituição são ainda escassos. Para além disso, verifica-se, ainda, uma tendência do aumento da idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho, sendo que em 2011 a média era de 29,2 anos e em 2014 subiu para 30 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Neste contexto, considerou-se pertinente explorar o nível de conhecimento sobre fatores que afetam a fertilidade, as motivações de jovens-adultos portugueses (sem filhos) para a parentalidade e qual o seu posicionamento face à doação de gâmetas e à maternidade de substituição. No que respeita aos conhecimentos sobre fatores que influenciam a fertilidade, procurou-se avaliar a eficácia da disponibilização de informação sobre estes aspetos em diferentes suportes. Para o efeito, foram criados dois meios de transmissão de informação sobre fertilidade, nomeadamente um vídeo e um *site* estático.

Materiais e Métodos

Participantes

Como referido, os participantes do presente estudo são jovens-adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, inclusive), de ambos os sexos, em idade reprodutiva sem filhos.

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra é constituída por 551 sujeitos, sendo 119 (21,6%) do sexo masculino e 432 (78,4%) do sexo feminino. A média de idades dos participantes é de 27,56 anos ($DP = 5,05$).

Quanto ao estado civil, 75% ($n = 413$) da amostra é solteiro(a), 23,6% ($n = 130$) é casado(a) e 1,5% ($n = 8$) é divorciado(a)/viúvo(a).

A maioria dos sujeitos da amostra encontra-se empregado ($n = 329$; 59,7%).

Tabela 1
Características Sociodemográficas

Amostra Total		
Sexo	<i>N</i>	%
Masculino	119	21,6
Feminino	432	78,4
Total	551	100
	<i>M(DP)</i>	<i>Varição</i>
Idade	27,56 (5,05)	18-40
Anos de Escolaridade	15,58 (2,02)	9 - 22
Estado Civil	<i>N</i>	%
Solteiro(a)	413	75,0
Casado(a)	130	23,6
Divorciado(a)/Viúvo(a)	8	1,5
Total	551	100
Situação Profissional	<i>N</i>	%
Empregado(a)	329	59,7
Desempregado(a)	69	12,5
Estudante	148	26,9
Reformado(a)	3	0,5
Não responderam	2	0,4
Total	551	100

Em relação a estar envolvido numa relação (Tabela 2), 75% ($n = 395$) dos sujeitos responderam estarem numa relação íntima. Mais detalhadamente, 68,90% ($n = 82$) dos sujeitos do sexo Masculino e 72,5% ($n = 626$) dos sujeitos do sexo Feminino encontram-se numa relação íntima. A duração da relação varia dos 0,2 aos 20 anos, sendo a média 5,241 anos ($DP = 3,914$).

Tabela 2
Caracterização do Relacionamento

	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Atualmente, está envolvido numa relação?			
Sim	395 (75,00%)	82 (68,90%)	626 (72,5%)
Não	156 (28,30%)	37 (31,10%)	238 (27,5%)
	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	Variação
Se sim, há quanto tempo?	395	5,241 (3,914)	0,2 - 20

Procedimentos

Com vista à obtenção dos dados pretendidos para o estudo recorreu-se à elaboração de um protocolo a ser administrado via *online*, no início do ano de 2015, entre os meses de fevereiro e abril.

A amostra foi recolhida, primeiramente, através de um procedimento de amostragem por conveniência, sendo que os investigadores selecionaram membros da população mais acessíveis e, posteriormente, através do método de amostragem Bola de Neve.

Os sujeitos pertencentes à *mailing-list* elaborada pelos investigadores foram contactados através de correio eletrónico, sendo convidados a participar no estudo. O referido *e-mail* continha informação acerca do contexto e objetivos do estudo e ainda o *link* de acesso à plataforma onde o protocolo era preenchido. Uma vez acedido este *link* era solicitado aos participantes o consentimento informado.

O desenho metodológico do estudo envolveu dois momentos de avaliação:

- o primeiro momento (M1) imediatamente após o acesso ao *link* fornecido por *e-mail* com o convite de participação;
- o segundo momento (M2) um mês após o primeiro momento.

O tempo previsto para o preenchimento do M1 era de cerca de 15 minutos e do M2 era de 8 minutos.

No quadro que se segue, encontram-se elencados os instrumentos utilizados em cada momento.

Quadro 1

Momentos de avaliação e instrumentos utilizados

Instrumentos	M1	M2
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	*	
<i>Questionário sobre a Situação Reprodutiva</i>	*	
<i>Questionário sobre fertilidade e a percepção de conhecimentos</i>	*	*
<i>Escala de Motivações para a Parentalidade</i>	*	
<i>Questionário de Atitudes face à Doação de Gâmetas</i>	*	
<i>Questionário de Atitudes face à Gestação de Substituição</i>	*	

Mais especificamente, o primeiro momento do estudo envolveu o preenchimento de instrumentos com questões no formato de resposta tipo Likert ou dicotômico conforme a informação pretendida (Anexo 1). No final do preenchimento do primeiro momento, os sujeitos responderam a uma última questão com 3 opções de resposta que os encaminhou para um de 3 grupos: Grupo 1) visualização de um vídeo com informações sobre fatores que afetam a fertilidade; Grupo 2) *site* estático com o mesmo tipo de informações do vídeo; Grupo 3) grupo de controlo, sem qualquer tarefa associada.

Pretendemos que, passado um período de um mês, os sujeitos fossem avaliados novamente através de um protocolo idêntico ao primeiro (Anexo 2).

Através destes dois momentos de avaliação, tivemos como objetivo identificar a presença de diferenças entre pré e pós-teste, em relação aos conhecimentos sobre fertilidade. Pretendemos igualmente verificar a existência de eventuais diferenças sobre a aquisição de conhecimentos de acordo com os dois métodos utilizados, ambos com as mesmas informações, mas em formatos diferentes. O vídeo claramente mais dinâmico e o *site* mais estático.

De modo a obter uma visão global da distribuição dos sujeitos ao longo do estudo é de seguida apresentada a Figura 1.

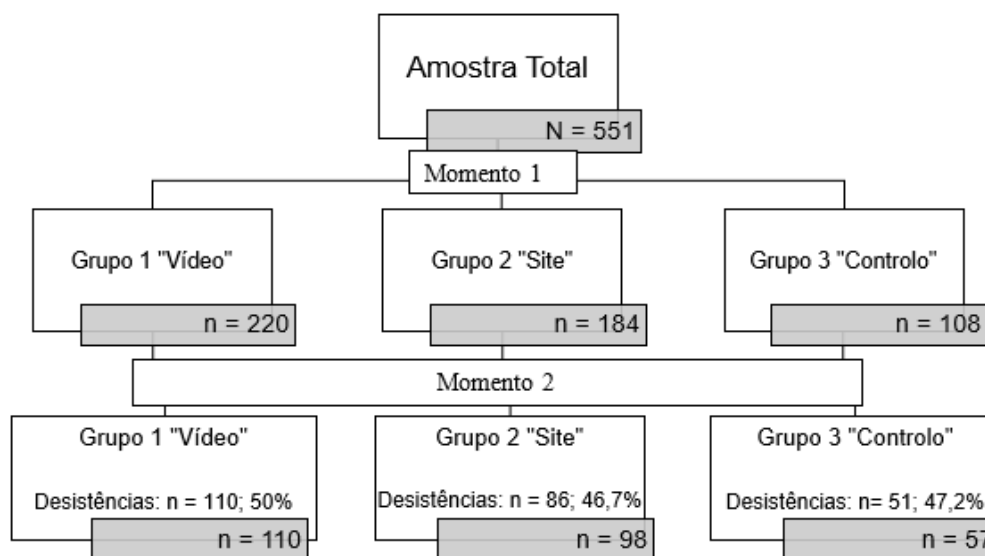


Figura 1
Diagrama da distribuição dos sujeitos ao longo do estudo

Como se pode observar, os três grupos considerados apresentam taxas de desistência semelhantes sendo que independentemente da condição experimental considerada, cerca de metade dos participantes acabaram por desistir no que respeita à sua participação no segundo momento de avaliação.

Instrumentos

De seguida, são descritos os instrumentos utilizados e que constituem o protocolo deste estudo. Os questionários para o âmbito do projeto foram realizados em conjunto com duas alunas de Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo Cognitivo-Comportamental, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Canavarro e co-orientação da Professora Doutora Mariana Moura Ramos.

Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos foram obtidos através de um breve questionário realizado para a presente investigação. Este englobou perguntas relativas ao sexo, à idade, às habilitações literárias, à situação profissional, entre outras.

Questionário sobre a Situação Reprodutiva

Este questionário, elaborado especificamente para este estudo, pretendeu recolher informações sobre o desejo dos participantes para a parentalidade e quais as barreiras que

poderiam impedir a concretização desse projeto. Questões como “Quão confiante se sente em relação a conseguir ter um filho quando o pretender?” e “Quais são os principais obstáculos que o (a) poderão impedir de ter filhos na idade que pretende?” estavam presentes neste questionário.

Questionário sobre fatores que afetam a fertilidade

Com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos participantes em relação à fertilidade, os fatores que a influenciam e a percepção que estes têm acerca dos seus conhecimentos sobre esta temática, elaborou-se novamente um conjunto de questões.

Estas questões referiam-se a fatores e comportamentos que influenciam a fertilidade, tanto no sexo feminino, como no masculino, como por exemplo: “Em que idades as mulheres são mais férteis?”, Numa mulher jovem e num homem, que tenham relações sexuais desprotegidas no momento de ovulação e sem problemas de fertilidade, qual é a probabilidade da mulher engravidar?” e “Qual a percentagem de casais inférteis em Portugal”.

Questionário de Atitudes face à Doação de Gâmetas

Este questionário foi concretizado para o âmbito desta investigação e englobou questões sobre a doação de gâmetas, mais especificamente sobre o que o sujeito pensa sobre a doação e a receção de gâmetas. Também estavam presentes questões sobre o que o sujeito considera que os outros pensariam sobre a possibilidade deste doar gâmetas, se este colocaria a hipótese de vir a ser dador de gâmetas e como se sentiria face a essa possibilidade. Como último grupo de questões, questionou-se o sujeito de como se sentiria caso tivesse que recorrer gâmetas de dadores.

O questionário pretendeu, também, avaliar os fatores que aumentariam a probabilidade dos participantes virem a ser dadores de gâmetas.

Estavam presentes questões como: “Colocaria a hipótese de alguma vez doar gâmetas?”, “O que o motivaria/desmotivaria face à possibilidade de doar gâmetas?” e “Como se sentiria face à possibilidade de recorrer a gâmetas de dador?”.

Questionário de Atitudes perante a Gestação de Substituição

Com este conjunto de questões elaboradas para o estudo, pretendeu-se conhecer as atitudes dos sujeitos em relação à gestação de substituição, também denominada de maternidade de substituição.

A sua opinião quanto à legalização da gestação de substituição, as suas atitudes perante casais que pretendem recorrer a este método e a atitude face à possibilidade de virem a recorrer a este método em caso de necessidade, foram solicitadas.

Neste questionário estavam presentes questões, como: “Concorda com a legalização da gestação de substituição, também conhecida por maternidade de substituição ou “barriga de aluguer”, no caso de mulheres com ausência de útero ou situação médica impeditiva de ocorrência de uma gravidez?” e “Se não conseguisse ter filhos de forma espontânea e querendo ter um filho biológico, consideraria a hipótese de recorrer à gestação de substituição?”.

No que respeita aos questionários sobre a situação reprodutiva, fatores que afetam a fertilidade, atitudes face à doação de gâmetas e atitudes perante a gestação de substituição, consoante a natureza das questões colocadas, o formato de resposta poderia ser dicotómico (Sim/Não), escala (1 = discordo totalmente; 5 = Concordo Totalmente) e de escolha múltipla.

Escala de Motivações para a Parentalidade (Guedes, Pereira, Pires, Carvalho & Canavarro, 2012).

A Escala de Motivações para a Parentalidade é uma escala multidimensional que avalia as motivações positivas e negativas. É constituída por 47 itens, dividindo-se em duas subescalas: a subescala de motivações positivas para a parentalidade (constituída por 26 itens) e a subescala de motivações negativas para a parentalidade (constituída por 21 itens). Para a utilização desta escala foi pedida a autorização aos autores (Anexo 3).

A subescala de motivações positivas para a parentalidade engloba um modelo de quatro fatores: aspetos socioeconómicos (ex. Item 6: “Ser valorizado(a) socialmente”), realização pessoal (ex. Item 3: “Concretizar o apelo do meu relógio biológico”), continuidade (ex. Item 2: “Dar continuidade ao nome da minha família”) e relacionamento do casal (ex. Item 1: “Fortalecer o laço que me une ao meu companheiro”).

A subescala de motivações negativas para a parentalidade engloba um modelo de cinco fatores: encargo dos filhos e imaturidade (ex. Item 1: “Ter o trabalho de cuidar de uma criança”), preocupação social e ecológica (ex. Item 6: Recear pelo futuro de uma criança face ao estado atual do mundo”), *stress* conjugal (ex. Item 4: “Recear que um filho provoque a nossa separação enquanto casal”), problemas financeiros e constrangimentos económicos (ex. Item 5: “Ter de fazer sacrifícios financeiros.”) e sofrimento físico e imagem corporal (ex. Item “Recear sofrer (que a minha companheira sofra) complicações no Parto”).

As duas subescalas revelaram um Alfa de Cronbach de 0.70

Análise Estatística

As análises estatísticas realizaram-se com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Foram efetuadas análises descritivas, medidas de tendência central e de dispersão, testes de normalidade e homogeneidade de variância, medidas de assimetria e achatamento e análises de comparações e correlações.

Conduziram-se testes paramétricos em virtude do número de sujeitos da nossa amostra.

Para a descrição da amostra realizou-se análises descritivas consoante o tipo de variáveis. Em relação às variáveis categoriais como, o sexo, estado civil, situação profissional e estar numa relação íntima, procedeu-se à obtenção das frequências e percentagens de cada categoria. Para a análise das variáveis contínuas como a idade, os anos de escolaridade e a duração da relação íntima, foram calculadas as médias, desvios-padrão e os valores mínimos e máximos.

No estudo das motivações para a parentalidade, analisou-se as médias e desvios-padrão das diferentes subescalas que compõem o instrumento usado para o efeito. Para as comparações destas motivações entre homens e mulheres, utilizou-se o teste *T-Student para amostras independentes*.

A análise dos projetos parentais e dos obstáculos percebidos foi realizada através da obtenção das frequências e percentagens de respostas dos sujeitos. A existência de eventuais diferenças entre os sexos foi analisada por recurso ao teste do Qui-quadrado.

Foi realizada uma Análise da Variância (ANOVA) de Medidas Repetidas com o objetivo de verificar a existência de diferenças nas médias da variável dependente nos diferentes grupos e nos dois momentos de avaliação. Utilizou-se o teste post hoc de Bonferroni para as comparações múltiplas das médias obtidas nos dois momentos de avaliação (Marôco, 2010). Enquanto pressuposto para a realização da ANOVA de medidas repetidas analisou-se a normalidade da distribuição através do teste Kolgomorov-Smirnov ($p < 0,05$), não se verificando a existência de uma distribuição normal. Posto isto, procedeu-se à avaliação da Assimetria (*Skweness*) e do Achatamento (*Kurtosis*), tendo-se verificado esse pressuposto, na medida em que estes valores não foram reveladores de violações severas à distribuição normal ($SK < |3|$; $KU < |10|$) (Kline, 2005). Quando o pressuposto da esfericidade na ANOVA de medidas repetidas não se verificou, procedeu-se à sua correção. Contudo, dado que nenhum dos valores Épsilon foi $< .70$, não existiu uma violação grave do pressuposto da esfericidade (Field, 2009).

Para a análise das atitudes perante a doação de gâmetas e das atitudes perante a maternidade de substituição recorreu-se à análise das frequências das respostas. A existência de eventuais diferenças entre os sexos foi analisada por recurso ao teste do Qui-quadrado.

Em todas as análises realizadas utilizou-se um intervalo de confiança de 95%

Resultados

Seguidamente, proceder-se-á à apresentação dos principais resultados, organizados em função dos objetivos definidos.

Projetos Parentais e Obstáculos à Parentalidade

Quanto aos Projetos Parentais, 65,3% ($n = 360$) dos sujeitos afirmam com certeza que querem ter filhos. De realçar as percentagens no sexo Masculino visto serem superiores relativamente às respostas de dúvida mas inclinado para não ter filhos e de certeza de não querer ter filhos do que no sexo Feminino (Tabela 4).

O número médio de filhos pretendidos no sexo Masculino é de 1,89 ($DP = 0,89$) e no sexo Feminino 2,08 ($DP = 0,91$).

O Grau de importância de ter filhos é superior nas mulheres ($M = 7,68$; $DP = 2,36$) em relação aos homens ($M = 7,31$; $DP = 2,50$).

A idade média pretendida das mulheres para terem o primeiro filho é de 30,0 ($DP = 5,46$) e a dos homens é de 31,33 ($DP = 6,00$).

Da amostra, 56,1% ($n = 309$) considera que consegue ter o primeiro filho na idade que pretende. Porém, numa escala de 0 a 10, em relação ao Grau de confiança de conseguir ter filhos quando pretender, a média é de 5,50 ($DP = 2,37$).

Tabela 3
Caracterização dos Projetos Parentais

	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Em relação a ter filhos no futuro:			
Certeza de querer ter filhos	360 (65,3%)	73 (61,3%)	287 (66,4%)
Dúvidas, mas inclinado para querer ter filhos	137 (24,9%)	30 (25,2%)	107 (24,8%)
Dúvidas, mas inclinado para não querer ter filhos	42 (7,6%)	12 (10,1%)	30 (6,9%)
Certeza de não querer ter filhos	12 (2,2%)	4 (3,4%)	8 (1,9%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Número de filhos que gostaria de ter	2,04 (0,91)	1,89 (0,89)	2,08 (0,91)
Grau de Importância de ter filhos	7,60 (2,39)	7,31 (2,50)	7,68 (2,36)
Idade que gostaria de ter aquando o primeiro filho	30,31 (5,60)	31,33 (6,00)	30,03 (5,46)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Percepção de ter o filho quando deseja			
Sim	309 (56,1%)	81 (68,1%)	228 (52,8%)
Não	242 (43,9%)	38 (31,0%)	204 (47,2%)
Total	551	119	432
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Grau de Confiança em relação a conseguir ter filhos quando o pretender	5,50 (2,37)	6,16 (2,56)	5,32 (2,28)

Os sujeitos foram questionados sobre quais os principais obstáculos que poderão impedir ter filhos na idade pretendida. Os dados obtidos encontram-se na Tabela 5. O obstáculo mais assinalado foi a Instabilidade Financeira (69,3%) ($n = 364$) seguido do Prosseguimento na Carreira (35,6%) ($n = 187$), da Infertilidade (30,7%) ($n = 169$), da Instabilidade na relação com o companheiro/a (30,1%) ($n = 158$), do Não se sentir preparado/a para ter um filho (24,4%) ($n = 128$) e, por último, do Prosseguimento dos Estudos (9,3%) ($n = 49$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo ($p > 0,05$).

Tabela 4
Obstáculos que poderão impedir ter filhos na idade pretendida

	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
Obstáculos	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Infertilidade	169 (30,7%)	28 (25,0%)	141 (34,1%)
Instabilidade na relação com o companheiro(a)	158 (30,1%)	37 (33,0%)	121 (29,3%)
Prosseguimento nos estudos	49 (9,3%)	7 (6,3%)	42 (10,2%)
Prosseguimento na carreira	187 (35,6%)	40 (35,7%)	147 (35,1%)
Instabilidade Financeira	364 (69,3%)	76 (67,9%)	288 (69,7%)
Não se sentir preparado(a) para ter um filho	128 (24,4%)	26 (23,2%)	102 (24,7%)

Motivações para a Parentalidade

A Escala das Motivações para a Parentalidade é composta por a subescala Motivações Positivas e a subescala Motivações Negativas. As Médias, Desvios-padrão e Comparação das médias entre os dois momentos de avaliação encontram-se na Tabela 6.

Os dados obtidos revelam que a Realização Pessoal, isto é, instinto maternal/paternal e criação e desenvolvimento de uma família, é a motivação positiva mais valorizada sendo a média de resposta da amostra total, numa escala de 1 (Nada) a 5 (Completamente), de 3,65 ($DP = 0,87$). Analisando os resultados consoante o sexo, esta subescala permanece a mais valorizada quer para o sexo masculino ($M = 3,37$; $DP = 0,91$) quer para o sexo feminino ($M = 3,72$; $DP = 0,84$). Contudo, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre sexos ($p < 0,01$).

O Relacionamento do Casal ($M = 3,31$; $DP = 0,89$) encontra-se como a segunda motivação positiva para a parentalidade.

Como se pode verificar pela Tabela 6, a ordem de valorização das Motivações Positivas é iguais para ambos os sexos.

Para além da Realização Pessoal, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Relativamente às motivações negativas, a mais valorizada como razão desfavorável a tornar-se pai/mãe pela amostra total é os Problemas Sociais e Económicos ($M = 2,92$; $DP = 1,08$). Tanto o sexo masculino como o feminino consideram esta razão como a mais desfavorável obtendo uma média de 2,62 ($DP = 1,03$) e 3 ($DP = 1,07$), respetivamente.

A segunda motivação negativa desfavorável é os Problemas Financeiros sendo a média para a amostra total de 2,64 ($DP = 1,03$). A média deste fator é superior para o sexo feminino ($M = 3$; $DP = 1,07$).

Posteriormente, encontra-se as Exigências Psicológicas ($M = 2,55$; $DP = 0,93$), o Sofrimento Físico e Imagem Corporal ($M = 2,44$; $DP = 1,05$) e o Stresse Conjugal ($M = 2,27$; $DP = 0,95$).

Novamente, a ordem dos fatores consoante a média obtida, é igual para ambos os sexos.

Verifica-se diferenças estatisticamente significativas ao nível de 0,01 nos fatores Exigências Psicológicas ($p = 0,006$), Preocupações Sociais e Económicas ($p = 0,001$) e ao nível de significância de 0,05 no fator Problemas Financeiros ($p = 0,031$).

Tabela 5

Médias, desvios-padrão e comparações entre os grupos relativamente às Motivações para a Parentalidade

Motivações para a Parentalidade	Total	Sexo			
		Masculino	Feminino		
	M1 <i>M (DP)</i>	M1 <i>M (DP)</i>	M1 <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Motivações Positivas					
Aspetos Socioeconómicos	1,90 (0,77)	2,01 (0,81)	1,87 (0,75)	1,760	0,08
Realização Pessoal	3,65 (0,87)	3,37 (0,91)	3,72 (0,84)	-3,950	< 0,001
Continuidade	3,21 (0,92)	3,23 (0,93)	3,20 (0,92)	0,316	0,75
Relacionamento do Casal	3,31 (0,89)	3,32 (0,83)	3,31 (0,91)	0,109	0,91
Motivações Negativas					
Exigências Psicológicas	2,55 (0,93)	2,34 (0,86)	2,60 (0,94)	-2,746	0,006
Preocupações Sociais e Económicas	2,92 (1,08)	2,62 (1,03)	3,00 (1,07)	-3,385	0,001
Stresse Conjugal	2,27 (0,95)	2,12 (0,87)	2,31 (0,96)	-1,935	0,054
Problemas Financeiros	2,64 (1,03)	2,46 (0,94)	2,69 (1,05)	-2,158	0,031
Sufrimento Físico e Imagem Corporal	2,44 (1,05)	2,30 (1,00)	2,47 (1,06)	-1,560	0,119

Percepção e Conhecimentos sobre Fertilidade

No primeiro momento de avaliação e relativamente à percepção sobre ter conhecimentos relacionados com fertilidade, 50,9 % ($n = 275$) dos sujeitos classifica-se como tendo algum conhecimento, 27,6% ($n = 149$) como tendo muito conhecimento e 14,6% ($n = 79$) como tendo pouco conhecimento.

No segundo momento, 45,1% ($n = 120$) dos participantes crê ter algum conhecimento, 41,7% ($n = 111$) assinala como tendo muito conhecimento e 7,1% ($n = 19$) considera ter pouco conhecimento.

Na análise dos resultados obtidos através do questionário sobre fertilidade, no primeiro momento de avaliação, a média de acertos foi de 56% ($DP = 0,15$), sendo o mínimo de acertos 5% e o máximo 95%.

As questões de formato dicotómico Verdadeiro/Falso em que se verifica uma maior percentagem de acertos são relativas ao consumo de tabaco como fator que afeta a fertilidade masculina (93,5% de acertos) ($n = 505$), e ao consumo de álcool e drogas enquanto fatores negativos para a fertilidade dos homens (92,6% de acertos) ($n = 500$) e das mulheres (90,7% de acertos) ($n = 490$). Verifica-se uma percentagem superior de erros nas questões referentes ao uso do preservativo como protetor de fertilidade (74,6% de erros) ($n = 403$), à incidência de múltiplos parceiros na fertilidade feminina (86,1% de erros) ($n = 465$) e ao excesso de exercício físico como fator prejudicial à fertilidade na sua globalidade (77,2% de erros) ($n = 417$).

Nas questões de escolha múltipla, 39% ($n = 211$) dos sujeitos identificaram corretamente o intervalo de idade no qual as mulheres são mais férteis, ou seja, o intervalo dos 20 aos 24 anos. Na questão relativa à probabilidade de uma mulher engravidar após uma relação sexual desprotegida no momento da ovulação e sem problemas de fertilidade, 7,2% ($n = 39$) assinalaram corretamente o intervalo de 0 – 24%. Dos participantes, 43,7% ($n = 236$) indicaram acertadamente a percentagem de casais com infertilidade em Portugal (6 – 15%). Na questão sobre a probabilidade de conceber uma criança após fertilização *in vitro*, 44,3% ($n = 239$) dos participantes responderam corretamente de 0 – 24%.

No segundo momento de avaliação, a média de acertos dos participantes foi de 75% ($DP = 0,17$) sendo o mínimo de acertos 14% e o máximo 93%. As questões nas quais se verifica uma percentagem superior de acertos são relativas às radiações e poluentes como prejudiciais para a fertilidade (95,9% de acertos) ($n = 255$), ao consumo de tabaco como fator negativo para a fertilidade nos homens (95,1% de acertos) ($n = 253$) e ao peso como fator que afeta a fertilidade feminina (94,7% de acertos) ($n = 252$).

Verifica-se uma percentagem superior de erros nas questões referente às dores menstruais como indicador de problemas de fertilidade (58,6% de erros) ($n = 156$), à utilização do preservativo como protetor da fertilidade (42,9% de erros) ($n = 114$) e aos ciclos menstruais irregulares como indicador de problemas de fertilidade (41,4% de erros) ($n = 110$).

Comparando o nível de conhecimentos em função do sexo, verifica-se diferenças estatisticamente significativas no primeiro momento de avaliação ($t = 5,34$; $p < 0,001$) e no segundo momento de avaliação ($t = 1,99$; $p = 0,048$), sendo que o sexo masculino apresenta um nível de conhecimentos superior em ambos os momentos considerados, ainda que no segundo momento esta diferença se encontre no limite da significância estatística.

Estudo dos conhecimentos acerca de fatores que afetam a fertilidade

Com o intuito de verificar se existiam diferenças entre os grupos relativamente ao número de respostas acertadas acerca dos fatores que afetam a fertilidade procedeu-se à comparação dos respetivos valores médios. Os resultados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6

Médias, desvios-padrão, comparação das médias dos três grupos na baseline (M1)

		Grupo Vídeo $n = 220$	Grupo Site $n = 184$	Grupo Controlo $n = 108$		
Medida		$M (DP)$	$M (DP)$	$M (DP)$	F (256)	p
Questionário sobre Fertilidade	M1		0,56 (0,14)	0,56 (0,16)	0,102	0,903
		0,56 (0,15)				

Como se pode observar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere às médias dos acertos nas questões relacionadas com os fatores que influenciam a fertilidade.

Para analisar a progressão da medida nos dois momentos de avaliação foi levada a cabo uma ANOVA de medidas repetidas. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 7, tendo sido considerado o efeito do tempo, o efeito direto do grupo e o efeito de interação tempo X grupo.

Relativamente ao efeito principal do tempo, constatou-se que existem variações das médias [$F(2, 256) = 210,79$; $p < 0,001$], com uma dimensão do efeito média ($\eta^2p = 0,446$).

Em relação ao efeito direto do grupo, existem variações significativas das médias [$F(2, 256) = 5,96$; $p = 0,003$], sendo a dimensão do efeito pequena ($\eta^2p = 0,044$).

Tabela 7

Médias e desvios padrão antes e após a realização do questionário sobre os fatores que afetam a fertilidade, efeito principal do tempo, efeito principal do grupo e efeito de interação tempo X grupo

		Grupo 1 n = 110	Grupo 2 n = 98	Grupo 3 n = 51	Tempo			Grupo			Tempo x Grupo		
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	F (256)	p	η^2p	F (256)	p	η^2p	F (256)	p	η^2p
QF	M1	0,56 (0,15)	0,56 (0,14)	0,56 (0,16)	210,79	<0,001	0,446	5,96	0,003	0,044	16,3	<0,001	0,111
	M2	0,79 (0,17)	0,78 (0,15)	0,64 (0,17)									

Os resultados mostram ainda que existem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação em função do grupo [$F(2, 256) = 16,3; p < .001$], sendo a dimensão do efeito pequena ($\eta^2p = 0,111$). Face a este resultado, o teste de comparações múltiplas de Bonferroni revela que os participantes que integraram os grupos que acederam à informação sobre os fatores que influenciam a fertilidade diferem do grupo que não teve acesso a qualquer informação (ainda que com o tamanho do efeito pequeno), mas não se verificam diferenças quando comparados os grupos que visualizaram o vídeo e os que consultaram o *site*.

Atitudes perante a Doação de Gâmetas

A maioria dos participantes (70,9%) ($n = 370$) do estudo não é dador quer de órgãos quer de tecidos. Os participantes da nossa amostra não revelaram diferenças entre os sexos no que respeita a esta variável de ser ou não dador ($p > 0,05$).

Relativamente às atitudes perante a doação de gâmetas, 52% ($n = 271$) dos sujeitos apoiariam totalmente se um/a amigo/a quisesse doar gâmetas a outro casal, 53% ($n = 276$) apoiaria totalmente se um/a amigo/a quisesse ser recetor de gâmetas, 82,1% ($n = 428$) discorda totalmente sobre se uma pessoa não pode ter filhos, então não deveria tê-los e 48% ($n = 250$) concorda totalmente que a doação de gâmetas é uma boa forma de ajudar casais que não podem ter filhos.

Face à possibilidade de doar gâmetas, 63,3% ($n = 202$) da amostra sentir-se-ia motivada por ajudar um casal que não pode ter filhos e 27,3% ($n = 87$) sentir-se-ia como se a contribuir para o seu semelhante. Dos participantes, 41,7% ($n = 133$) não revela receio em vir a ser

contactado mais tarde e 49,5% ($n = 158$) não se sentiriam incomodados por ter uma pessoa com a sua informação genética.

No que respeita à possibilidade de ter que recorrer a gâmetas de dadores, 31,9% ($n = 166$) dos sujeitos concorda totalmente que se sentiriam felizes por concretizarem o sonho de virem a ser mãe/pai. Dos participantes, 28,3% ($n = 147$) referem que não se sentiriam nada receosos por virem a sentir que o filho não é realmente seu.

Quanto aos fatores que aumentariam a probabilidade de doar gâmetas, 28,8% ($n = 150$) dos sujeitos concorda parcialmente que ter aconselhamento aumentaria esta probabilidade assim como 25,8% ($n = 134$) concorda parcialmente que poder falar com outras pessoas dadoras também aumentaria a probabilidade de doar gâmetas.

Atitudes face à Maternidade de Substituição

No que se refere à legalização da maternidade de substituição, 78% ($n = 405$) dos sujeitos da amostra estão a favor. Tanto no sexo masculino como no feminino, a maioria dos sujeitos são a favor da legalização da maternidade de substituição. Não foi encontrada uma associação entre ser a atitude perante a legalização da Maternidade de Substituição e o sexo ($p > 0,05$).

Relativamente a recorrer à maternidade de substituição, 57,9% ($n = 300$) dos sujeitos não colocariam a hipótese de recorrer à mesma. Não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres relativamente à possibilidade de recorrer à gestação de substituição ($p > 0,05$).

Dos participantes, 59,6% ($n = 224$) indica que se um/a amigo/a recorresse à gestação de substituição apoiaria a sua decisão e 51,2% ($n = 189$) apoiaria uma amiga se esta fosse gestante de substituição. Quanto à decisão de optar pela adoção quando um casal não consegue ter filhos, 34,5% ($n = 127$) dos sujeitos assinalou que não concorda nem discorda desta decisão, sendo que 22,3% ($n = 82$) discorda parcialmente.

Em relação à possibilidade de recorrer à maternidade de substituição, constatou-se que 49,1% ($n = 107$) concorda totalmente que se sentiria feliz por concretizar o sonho de ser mãe/pai, 52,3% ($n = 114$) concorda totalmente que se sentiria contente por cuidar de uma criança desde o seu nascimento e 38,1% ($n = 83$) discorda totalmente que se sentiria receoso por poder vir a sentir que o filho não é realmente seu.

Discussão

A presente investigação teve por objetivo o estudo dos conhecimentos sobre fertilidade de jovens-adultos sem filhos e em idade reprodutiva e as suas motivações para a parentalidade. Procurou-se explorar a eficácia de transmissão de informação através de dois métodos distintos (vídeo e *site*) na aquisição de conhecimentos relativos a fatores que afetam a fertilidade. Pretendeu-se também explorar as atitudes dos participantes relativamente à doação de gâmetas e as atitudes perante a maternidade de substituição.

Os dados obtidos confirmam a tendência para o adiamento da maternidade sendo que a idade média pretendida para ter o primeiro filho é de 30,31 anos. Os participantes consideraram que os principais motivos que levam a este adiamento são a instabilidade financeira sentida na atualidade e a necessidade de progressão na carreira corroborando os resultados de outros estudos (e.g., Nouri et al., 2014; Lampic et al., 2006; Peterson et al., 2012). Os dados revelam ainda que os participantes não desvalorizam completamente os problemas de fertilidade como um obstáculo à parentalidade sendo este o terceiro obstáculo assinalado.

Como referido anteriormente, procurou-se também analisar quais as motivações dos jovens-adultos para a parentalidade. Para avaliar estas motivações recorreu-se à Escala das Motivações para a Parentalidade (Guedes, Pereira, Pires, Carvalho & Canavarro, 2013), a qual distingue motivações positivas e motivações negativas. Em relação às motivações positivas, tanto homens como mulheres valorizaram mais a realização pessoal como uma motivação positiva para a parentalidade. Os participantes consideraram que a consecução do projeto de vida ou objetivo pessoal é a principal motivação para a parentalidade. O relacionamento do casal é outra das motivações positivas mais valorizada, sendo que a parentalidade pode levar ao fortalecimento da relação e união do casal, podendo ser vista também como um elo de ligação e proximidade entre os dois membros do casal (Guedes et al., 2011). Estes dois fatores inserem-se na dimensão emocional/psicológica e a sua valorização pode estar relacionada com aspetos socioculturais do contexto português. Efetivamente, de acordo com Aboim (2007), mulheres e homens, em Portugal, tendem a exibir valores conservadores no que diz respeito à parentalidade e à educação dos filhos.

Relativamente às motivações negativas, as preocupações sociais e económicas prevaleceram sobre as demais, sendo que os participantes consideram como uma restrição para a parentalidade os problemas que se verificam na atualidade por exemplo, a violência, trajetórias desviantes, poluição e possibilidades de catástrofes naturais. Os problemas financeiros são outra das restrições que os participantes consideraram, dado as elevadas

despesas financeiras relativamente à educação e à prestação de cuidados que ter um filho envolve. Assim, a dimensão social/normativa (problemas sociais e económicos) e a económica/utilitária (problemas financeiros) foram as mais referidas relativamente às motivações negativas. Estes dados poderão estar relacionados com as dificuldades económicas e sociais da atualidade que se revelam significativas na ponderação e, consequente, adiamento relativamente ao projeto da paternidade. Estes dados são consistentes com os resultados encontrados no estudo de Rovei et al. (2010) que revelam que cada vez mais a situação económica e social tem um grande impacto na parentalidade. Os dados obtidos vão igualmente ao encontro do estudo de Lampic et al. (2006), verificando-se que as mulheres revelam ser mais negativistas quanto à maternidade, obtendo pontuações mais elevadas nos fatores das motivações negativas.

Relativamente aos conhecimentos dos jovens-adultos sobre os fatores que afetam a fertilidade avaliou-se o impacto de dois métodos de transmissão de informação na aquisição de conhecimentos. Os dados obtidos revelam que o fornecimento de informação conduziu a um aumento dos conhecimentos sobre fatores que afetam a fertilidade. Contudo, o meio de transmissão da informação (vídeo ou *site*) não se revelou significativo, dado que os dois grupos que obtiveram acesso às informações não diferiram entre si na aquisição dos conteúdos, mas diferiram em comparação ao grupo de controlo que não recebeu qualquer informação. Apesar destas diferenças, observou-se também que o grupo de controlo teve um aumento dos níveis de conhecimentos, podendo este aumento dever-se à curiosidade que a participação no estudo possa ter suscitado, promovendo uma pesquisa de informações relacionados com o tema no período entre os dois momentos de avaliação. Assim, conclui-se que é pertinente o fornecimento de informações sobre os fatores que afetam a fertilidade, independentemente do meio de transmissão, para uma maior compreensão e educação da população em geral sobre os aspetos e comportamentos que afetam a fertilidade.

Em relação aos conhecimentos sobre os fatores que têm impacto na fertilidade, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Os homens revelaram um nível de conhecimento superior em comparação com as mulheres, tanto no primeiro, como no segundo momento de avaliação. Este resultado contrasta com os dados obtidos por Daniluk e Koert (2013) e Buting, Tsubulsky e Boivin (2013), que revelam que as mulheres detêm mais conhecimentos sobre os fatores que afetam a fertilidade em comparação com os homens. Face a este resultado, que seria menos expetável em virtude dos anteriores estudos mencionados, estudos futuros deverão estar atentos a estas eventuais diferenças entre os sexos, explorando que tipo de variáveis poderão contribuir para um maior ou menor

conhecimento acerca da fertilidade. Com efeito, as variáveis sociodemográficas da nossa amostra não apontam para nenhuma explicação hipotética deste resultado.

De um modo geral, verificou-se que os participantes indicaram corretamente o consumo de tabaco, álcool e drogas como prejudicial para a fertilidade. Segundo Bunting e Boivin (2008) é frequente que os participantes utilizem o seu conhecimento sobre fatores que têm impacto negativo na saúde generalizando para áreas mais específicas, neste caso assumindo estes fatores como igualmente prejudiciais para a fertilidade. A maioria dos participantes desconhece o intervalo de idade no qual as mulheres são mais férteis. Sendo este um dos aspetos mais determinantes da capacidade da mulher conseguir conceber seria esperado que fossem as mulheres que mais conhecimento apresentassem sobre este impacto. Contudo, é o sexo masculino que revela uma maior percentagem de acerto relativamente a esta questão. Os resultados obtidos contrastam com os obtidos por Hammaberg et al. (2013) que referem que são as mulheres que têm uma maior consciência do impacto da idade na probabilidade de conceber.

Com a análise dos resultados obtidos acerca das atitudes perante a doação de gâmetas, foi possível verificar que a maioria dos participantes revelam uma atitude positiva perante a doação/receção de gâmetas. Ajudar um casal que não pode ter filhos e sentir-se a contribuir para o seu semelhante são as principais motivações dos participantes. Estes referiram ainda que ter aconselhamento e falar com outros dadores de gâmetas poderia aumentar a probabilidade de doarem gâmetas. Posto isto, e visto que apenas uma percentagem muito baixa dos participantes deste estudo são dadores de gâmetas, disponibilizar informações e realizar ações de promoção da doação de gâmetas seria uma mais-valia para ajudar casais que, por problemas de fertilidade, não conseguem conceber.

No que respeita à receção de gâmetas, a maioria dos participantes consideraram que se sentiriam felizes por concretizarem o sonho da parentalidade e de cuidarem de uma criança desde o seu nascimento. Com estes resultados, podemos supor que a doação e a receção de gâmetas é uma alternativa aceite pela população do estudo.

Relativamente às atitudes acerca da gestação de substituição, a maioria dos sujeitos são a favor da sua legalização no nosso país. Porém, no caso de impossibilidade de ter filhos de forma espontânea e querendo ter um filho biológico, a maioria dos participantes não colocaria a hipótese de recorrer a esta alternativa. Esta escolha poderá estar relacionada com questões de normas e regras sociais de cada sociedade dado que em Portugal esta é uma prática não legal, sendo que para a Constituição Portuguesa mãe é quem realiza o parto. Outros problemas que poderão influenciar a decisão dos participantes são, por exemplo, a violação do contrato

realizado entre a mulher que cede o útero e o casal, a destruição do embrião, visto que normalmente existe uma compensação financeira e até mesmo a exploração das mulheres como fonte de lucro (Carter, 2014).

Apesar da maioria dos participantes não colocar a hipótese de recorrer à maternidade de substituição, a minoria que no caso de impossibilidade de conceber um filho biológico recorreria a esta alternativa considerou que se sentiria feliz por concretizar o seu sonho de se tornar mãe/pai e que não se sentiria receoso de vir a sentir que o filho não era realmente seu.

A presente investigação apresenta limitações metodológicas que devem ser ponderadas para estudos posteriores. Dado o carácter longitudinal da investigação, o número de desistências dos participantes do primeiro para o segundo momento revelou-se significativo. De referir ainda que a elevada escolarização da amostra e o elevado número de participantes do sexo feminino não viabiliza uma generalização dos resultados obtidos para a população geral. A construção da maioria dos instrumentos utilizados no protocolo, especialmente do questionário de conhecimentos sobre os fatores que afetam a fertilidade limitou as comparações com outros estudos dado a distinção dos itens abordados por cada autor. Outra limitação do estudo prende-se com o facto da existência de escassa investigação em Portugal relativamente às atitudes perante a doação de gâmetas e a gestação de substituição, o que impossibilita a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os de outros estudos.

Apesar das limitações acima enumeradas, o nosso estudo apresenta contributos importantes para a área. Reconhecendo que em Portugal ainda são escassos os estudos sobre doação de gâmetas e gestação de substituição, este estudo revela-se inovador por abordar as atitudes de jovens-adultos sem filhos e em idade reprodutiva perante estes temas. O estudo de carácter longitudinal, apesar de apresentar algumas limitações, possibilitou uma melhor compreensão e comparação dos conhecimentos sobre fertilidade antes e após a transmissão de informações sobre o tema.

Dado as limitações consideradas nesta investigação, seria interessante que, em próximas investigações, a distribuição dos participantes por sexo fosse mais igualitária assim como a participação de sujeitos com níveis de escolarização mais baixa, de forma a tornar-se possível generalizar os resultados para a população geral. Considera-se pertinente também uma análise mais pormenorizada das atitudes e motivações dos participantes relativamente à doação de gâmetas e à maternidade de substituição.

Em conclusão, podemos referir que a transmissão de conhecimento acerca dos fatores que influenciam a fertilidade é importante para que os jovens em idade reprodutiva tenham uma maior consciência do impacto que os seus comportamentos podem vir a ter na sua

fertilidade. Para além disso, e no tocante ao posicionamento no que respeita à doação/receção de gâmetas e à gestação de substituição, os participantes neste estudo parecem demonstrar abertura e uma atitude positiva.

Bibliografia

- Aboim, S. (2007). Clivagens e continuidades de género face à família em Portugal e noutros países Europeus. In K. Wall & L. Amâncio (Eds), *Família e género, atitudes sociais dos portugueses* (pp. 35 – 91). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- Age, Fertility and assisted reproductive Technology. The Fertility Society of Australia. Acedido em 13, dezembro, 2014, em: <http://yourfertility.org.au/Age-fertility-and-reproductive-technology.pdf>
- American Society for Reproductive Medicine (2014). Infertility. Acedido em 13, dezembro, 2014, em <http://www.asrm.org/topics/detail.aspx?id=36>.
- Associação Portuguesa de Fertilidade. Acedido em 13, dezembro, 2014, em: <http://www.apfertilidade.org/web/tecnicas-de-reproducao/127-doacao-de-espermatozoides>
- Associação Portuguesa de Fertilidade. Acedido em 13, Dezembro, 2014, em: <http://www.apfertilidade.org/web/tecnicas-de-reproducao/128-doacao-de-ovocitos>
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nigren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22 (6), pp. 1506 – 1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H.A., & Robinson, W. (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93 (7), pp. 2162 – 2168. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.064
- Bunting, L., & Boivin, J., (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23, (8), pp. 1858 – 1864. doi: 10.1093/humrep/den168.
- Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J., (2013). Fertility Knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from International Fertility Decision-Making Study. *Human Reproduction*, 28, (2), pp. 385 – 397. doi:10.1093/humrep/des402.
- Carter, J. (2014). What is surrogacy?. The Ethics & Religious Liberty Commission of the Southern Baptist Convention. Acedido em 14, dezembro, 2014, em: <http://erlc.com/documents/pdf/Surrogacy.pdf>
- Correia, M. J. (1998). Sobre Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (16), pp. 365 – 371.
- Costa, A.B. (1998). Exclusões Sociais. Lisboa: Gradiva.

- Daniluk, J. C., & Koert, E. (2013). The other side of the fertility coin: a comparison of childless men's and women's knowledge of fertility and assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 99 (3), pp: 839 – 846. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.10.033
- Daniluk, J. C., Koert, E., & Cheung, A. (2012). Childless women's knowledge of fertility and assisted human reproduction: identifying the gaps. *Fertility and Sterility*. 97 (2), pp. 420 – 426. doi: 10.10.16/j.fertnstert.2011.11.046
- Decreto-lei nº 32/2006 de 26 de Julho. Diário da Republica nº 143 - I Série. Assembleia da República. Acedido em 13, dezembro, 2014, em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/infertilidade.aspx>.
- Decreto-lei nº 796/77 de 25 de Novembro. Código Civil. Acedido em 13, dezembro, 2014, em http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=972570
- Dunson, B., Baird, D. D., & Colombo, B. (2004). Increased Infertility With Age in Men and Women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 103, (1), pp.51 – 56. doi: 10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS : (and sex, drugs and rock 'n' roll)* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Guedes, M. Pereira, M., Pires, R., Carvalho, P., & Canavarro, M. C. (2013). Childbearing Motivations Scale: Construction of a New Measure and its Preliminary Psychometric Properties. *Journal of Child and Family Studies*, 22 (7). doi: 10.1007/s10826-013-9824-0
- Guedes, M., Carvalho, P. S., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2011). Uma abordagem qualitativa às motivações positivas e negativas para a parentalidade. *Análise Psicológica*, 4, pp. 535 – 551.
- Hammaberg, K., Setter, T., Norman, R. J., Holden, C. A., Michelmore, J., & Johnson, L. (2013). Knowledge about factors that influence fertility among Australians of reproductive age: a population-based survey. *Fertility and Sterility*, 99 (2), pp. 502 – 507. doi: 10.10.16/j.fertnstert.2012.10.031
- Hampton, K. D., Mazza, D., & Newton, J. M. (2012). Fertility-awareness knowledge, attitudes, and practices of women seeking fertility assistance. *Journal of Advance Nursing, Jan*, pp. 1076 – 1084.
- Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 15, maio, 2015, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&fr

m_texto=Fecundidade&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=QUALQUER_AREA

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling 2nd ed.* New York: The Guilford Press.
- Lampic, C., Svanber, A. S., Karlstrom, P., & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21 (2), pp. 558 – 564. doi: 10.1093/humrep/dei367
- Maheshwari, A., Porter, M., Shetty, A., & Bhattacharya, S. (2008). Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertility and Sterility*, 90 (4), pp. 1036 – 1042. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.07.1338
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Ministério da Saúde. Saúde Reprodutiva: Infertilidade. Acedido em 13, dezembro, 2014, em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>
- Nouri, K., Huber, D., Walch, K., Promberger, R., Buerkle, B., Ott, J., & Tempfer, C. (2014). Fertility awareness among medical and non-medical students: a case-control study. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12 (94). doi: 10.1186/1477-7827-12-94
- Oliveira, A., Granja, B., & Sousa, M. (2013). A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 3, pp. 5 – 19.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Fertil Steril*, 95(5), 1759-1763 e 1751. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.125
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Tucker, L., & Lampic, C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27, (5), pp. 1375 – 1382. doi: 10.1093/humrep/des011
- Rovei, V., Genarelli, G., Lantieri, T., Casano, S., Revelli, A., & Massobrio, M. (2010). Family planning, fertility awareness and knowledge about Italian legislation on assisted reproduction among Italian academic students. *Reproductive BioMedicine Online*, 20, pp. 873 – 879. doi:10.1016/j.rbmo.2010.03.024
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counselling*, 59 (3), 244-251.

- Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal I – estudo na comunidade*. Porto: Universidade do Porto.
- Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução. Acedido em 13, dezembro, 2014, em <http://www.spmr.pt/perguntas.php>.
- Throsby, K., & Gill, R. (2004). It's diferente for men: masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6 (1), pp. 330-348.
- Tuzer, V., Tuncel, A., Goka, S., Dogan-Bulut, S., Yursel, F. V., Atan, A., & Goka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. *Turkish Journal of Medical Science*, 40 (2), 229-237. doi: 10.3906/sag-0901-17
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Vanderpoel for ICMART and WHO (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92 (5), pp. 1520 – 1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.

Anexos